



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Doente com Alterações a Nível da Comunicação e Linguagem, em Particular no Doente que Sofreu AVC

Maria João Bastos de Oliveira Sousa da Silveira

Lisboa

Julho 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Doente com Alterações a Nível da Comunicação e Linguagem, em Particular no Doente que Sofreu AVC

Maria João Bastos de Oliveira Sousa da Silveira

Relatório de Estágio orientado por:

Professor Doutor João Santos

Lisboa

Julho 2013

“A reabilitação (...) tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem”.

(Hesbeen, 2003, p.52-53)

Abreviaturas

ACS - Alto Comissariado da Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividades de Vida Diárias

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS - Direcção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC - Ensino Clínico

ER- Enfermagem de Reabilitação

ERR - Enfermeiro Especialista em Reabilitação

ESO - European Stroke Organisation

EUSI - European Stroke Initiative

FA - Fibrilhação Auricular

HTA- Hipertensão Arterial

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

Resumo

Em Portugal o envelhecimento populacional é uma realidade que se tem vindo a agravar, consequência do aumento da esperança de vida e diminuição da natalidade, reflectindo-se num crescente número de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), prevendo-se uma evolução negativa nas próximas décadas. O aparecimento súbito desta patologia que apresenta consequências a nível da independência da pessoa, origina modificações consideráveis na dinâmica familiar. O doente, temporariamente ou definitivamente, deixa de conseguir satisfazer as suas necessidades humanas básicas de forma independente, pelo que se torna essencial a intervenção especializada por parte do enfermeiro de reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa e respectiva família, promovendo a sua autonomia e ajudando-a na adaptação à nova realidade com a máxima satisfação.

Por todo o impacto que esta patologia tem na sociedade actual e considerando a minha experiência clínica, esta problemática constituiu um foco de interesse, particularmente os distúrbios da comunicação e linguagem - uma consequência frequente do AVC. Devido aos limitados estudos realizados, decidi desenvolver esta temática, definindo como objectivo central a desenvolver no estágio **compreender o papel do EER nos cuidados à pessoa com lesão neurológica com alterações a nível da comunicação e da linguagem, e sua família, em contexto hospitalar.**

Neste contexto, constituiu-se como fundamental a compreensão das principais dificuldades enfrentadas no internamento pela pessoa com alterações da comunicação/linguagem e família, em especial as que se prendem com a satisfação das necessidades humanas básicas. Esta compreensão, bem como a correcta avaliação das mesmas e a adequação de estratégias de intervenção, das quais se destaca a centralidade do doente na realização e implementação do plano de cuidados, permitirão uma intervenção o mais adequada possível à máxima satisfação do doente e família. A comunicação é assumida como uma capacidade inata, contudo, quando nos deparamos com pessoas com alterações da comunicação a nossa intervenção nem sempre a prioriza como objecto de cuidados específicos. A escassa literatura sobre esta temática, por parte dos enfermeiros,

demonstra que é um tema a desenvolver e que, apesar de grande parte identificar défice de conhecimentos sobre estratégias a utilizar para que os cuidados sejam personalizados e dirigidos, aderem facilmente aos instrumentos de comunicação alternativa que lhe são apresentados.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Necessidades Humanas Básicas; Distúrbios da Comunicação/Linguagem.

Abstract

In Portugal, aging population is a reality that has been worsening as a consequence of increasing life expectancy and declining birth rates, reflected in a growing number of Cerebrovascular Accidents (CVA), a predicted negative trend in coming decades. The sudden appearance of this pathology that has consequences for the person's independence causes considerable changes in family dynamics. The patient, temporarily or permanently, can no longer meet their basic human needs independently, which makes it essential a specialized intervention by a rehabilitation nurse, aimed at improving the quality of life of people and their families, promoting their autonomy and helping them to adapt to the new reality with utmost satisfaction. Throughout the impact of this disease has on today's society and considering my clinical experience, this issue is a focus of interest, particularly the communication and language disorders - one frequent consequence of stroke. Due to limited study developed in the area, I decided to develop this theme, defining as a central objective to develop during the stage, to understand the rehabilitation nurse care's role to people with neurological, communication and language changes, and the relation with his family, in the hospital context.

In this context, it is fundamental to understand the main difficulties faced by a person in hospital with communication/speech disorders and his family, especially those associated with the satisfaction of the basic human needs. This understanding and the appropriateness of the intervention strategies, including most importantly the centrality of the patient in achieving and implementing a care plan, will allow an intervention as appropriate as possible to the maximum satisfaction of the patient and his family. Communication is assumed to be an innate ability, however, when we came across people with communication disorders, our intervention do not prioritize it as a special object care. The limited nurse literature on this subject, demonstrates that it is a theme to develop and that, although most nurses identify a lack of knowledge about strategies to personalize care, it is easy for the nurses to adhere to some alternative communication tools presented to them.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Stroke, Basic Human Needs, Communication Disorders / Language.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA: CONTRIBUTO TEÓRICO	15
2. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: A CAMINHO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1. Reabilitar o doente com AVC: a comunicação como obstáculo.....	24
2.2. Reabilitar o doente com patologia respiratória: complementaridade do cuidar do doente com AVC	37
3. REFLEXÃO FINAL: O PERCURSO ATÉ À ESPECIALIZAÇÃO	40
Bibliografia	44
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Fatores de Risco	
APÊNDICE II : Consequências do AVC	
APÊNDICE III: Quadro de competências e atividades a desenvolver	
APÊNDICE IV: Jornais de Aprendizagem	
APÊNDICE V: Quadros de Comunicação	
APÊNDICE VI: Quadro de Leitura	
APÊNDICE VII: Sessão Formativa	
APÊNDICE VIII: Lista de intervenções em linguagem CIPE	
APÊNDICE IX: Jornal de Aprendizagem - Pneumologia	

INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Estágio surge como o findar de um percurso de aprendizagem efectuado com a finalidade de responder à temática escolhida no trabalho de projecto, desenvolvido em contexto da prática de cuidados. Esta emerge de uma reflexão sobre a aquisição e mobilização de conhecimentos e competências, na busca de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas, da autonomia e da reflexão crítica das práticas surge como um desafio constante. Assim sendo, a aprendizagem exige um questionamento permanente dos diferentes saberes no seu contexto, com o intuito de adquirir competências.

Benner afirma que as diferentes situações vivenciadas pelo profissional permitem-lhe ter um entendimento e tomada de decisão de perito e que “ é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os (...) teóricos brutos - se desenvolve” (2001, p. 37).

Ao longo do relatório irei explicar as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) adquiridas no contexto das práticas, tendo sempre como referência a compreensão da intervenção do EER no doente com alterações a nível da comunicação e linguagem, em particular no doente que sofreu Acidente Vascular Cerebral (AVC). Na perspectiva de Branco e Santos (2010) o regresso a casa é uma realidade que pressupõe o processo de reabilitação como um contínuo, no qual o planeamento das alterações das necessidades da pessoa com AVC tem o seu início o mais precocemente possível, num contexto de internamento, por forma a facilitar a integração da mesma no seio da família e comunidade, assegurando a continuidade dos cuidados. O processo de reabilitação implica, para os mesmos autores, um conjunto de intervenientes, como seja a pessoa, a família, o cuidador e os profissionais, em articulação entre eles. Para que o regresso a casa seja harmonioso é imperioso que a pessoa seja implicada como parceira activa no processo de cuidados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema importante de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial (OMS, 2011).

A doença cardíaca e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) foram a causa de morte de mais de 17 milhões de pessoas em 2010, e em 2030, prevê-se que se tornem a principal causa de morte e incapacidade no mundo, com o número de fatalidades previsto a aumentar cerca de 4% (OMS, 2011). Os dados da OMS mostram, ainda que os AVCs são responsáveis por 46 591 milhões DALYs (Dysability Adjusted Life Years), perto de 10% da totalidade registada e que em 2030 esse número irá aumentar consideravelmente nos países em vias de desenvolvimento ou não desenvolvidos (OMS,2011).

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004), no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, as doenças cerebrovasculares encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, e ainda, que a admissão de doentes nas Unidades de AVC mais que duplicou dos 3.410 registados em 2007, para os 6.911 registados em 2008. A incidência está a diminuir em muitos países desenvolvidos devido ao melhor controlo da pressão arterial e redução do efeito do tabaco, contudo, o número absoluto continua a aumentar devido ao envelhecimento da população em geral (OMS, 2011).

Actualmente, assistimos a um envelhecimento gradual da nossa população e segundo o Alto Comissariado da Saúde (ACS) de 2010, a esperança de vida dos 65 aos 69 anos de idade em Portugal Continental aumentou 0,8 anos, para ambos os géneros, no período que decorreu entre 2001 e 2009.

No que reporta aos dados estatísticos definidos pelo ACS (2010) “(...) em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos, apurada para Portugal Continental, foi de 9,5 óbitos por 100 000 habitantes, mantendo-se a tendência de decréscimo verificada nos anos anteriores”.

Assim sendo constata-se que o aumento progressivo da esperança de vida, a diminuição da natalidade/mortalidade e o envelhecimento da população portuguesa, irá reflectir-se num aumento da taxa de doentes internados com AVC, com uma previsão da diminuição súbita da sua autonomia na realização das suas Actividades de Vida Diária (AVD), com repercussões familiares a vários níveis.

Esta realidade está presente na minha prática de cuidados, num serviço de Medicina de um Centro Hospitalar, onde me deparo, diariamente, com doentes que apresentam sequelas de AVC, dando origem a transformações no quotidiano de todos os que integram o seu contexto de vida, e determinando novos desafios a todos os que com ele vivem e cuidam.

Os doentes internados são, maioritariamente pessoas idosas, com um vasto leque de patologias do foro médico, onde o AVC apresenta grande relevo e cuja incidência tem vindo a aumentar. No último ano, cerca de 35% dos doentes internados apresentavam diagnóstico de entrada de AVC ou status pós-AVC recente (3 meses anteriores).

Com efeito, as consequências do AVC podem ser múltiplas e complexas, ou seja, “(...) para os que não morrem as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras e cognitivas , a par de manifestações e consequências sociais (...)” (Martins, 2006, p. 5). Deste modo, é essencial que a reabilitação do doente/família assuma um carácter multidisciplinar, nunca esquecendo que a parceria enfermeiro-doente é o cerne do processo de reabilitação. Devemos encarar a parceria como uma acção comum (entre enfermeiro/doente/família) em complementaridade (cada um com o seu papel) integrada (num plano de cuidados), com objectivos consensuais (envolvendo negociação e acordo) e com um compromisso (cada um assume as suas responsabilidades) dos intervenientes. Tendo por base vários estudos e artigos que li ao longo da minha caminhada académica e profissional, penso que a parceria é um conjunto de atributos que no âmbito interpessoal ou organizacional, podem incluir a relação, e/ou a participação e/ou o estabelecimento de um projecto em comum, de uma forma sinérgica.

Sobre os efeitos da reabilitação na incapacidade e qualidade de vida de doentes com AVC crónico, Aprile [et al] (2008) fazem notar que os doentes inseridos em programas de reabilitação são, maioritariamente, sobreviventes de AVC. Nos 66 doentes com AVC crónico incluídos no seu estudo (internados num centro de reabilitação), verificaram uma melhoria na qualidade de vida: funções físicas e sociais e na diminuição da incapacidade após o programa de reabilitação.

Como ponto de partida para o planeamento do processo de reabilitação, o EER deve ter por base “(...) o princípio de fazer das necessidades humanas, o fundamento dos cuidados de enfermagem (...)”, pois assume o papel de “(...) guia para a promoção da saúde, bem como, para cuidar na doença.” (Henderson, 2004, p. 16).

Neste contexto, os distúrbios a nível da comunicação e da linguagem surgem como um aspecto fulcral na satisfação das necessidades humanas dos doentes que sofreram AVC. A avaliação de distúrbios da linguagem e comunicação é uma condição indispensável para entender as necessidades humanas da pessoa que precisam de intervenção do EER, de forma a este adquira o equilíbrio físico e emocional, isto é, o seu potencial máximo (Tomey, 2004).

Quando um doente não consegue exprimir as suas necessidades ou não entende aquilo que lhe é transmitido, surgem sentimentos como a frustração e a ansiedade (McGilton, et al., 2010), que podem contribuir para que a pessoa apresente um papel mais passivo na prestação de cuidados e na tomada de decisão sobre a sua vida, não mobilizando as suas capacidades potenciais e apresentando dificuldades nas interações sociais (Rousseaux, Daveluy, & Kozlowski, 2010). Cardoso e Eusébio referem-nos que “(...) o foco principal da reabilitação é o indivíduo, desta forma o objectivo principal, será colaborar com o mesmo a atingir a máxima qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência.” (2011, p. 35).

É importante ter presente a ideia de que os “(...) distúrbios da comunicação constituem um importante aspecto no prejuízo da saúde das pessoas.”, sendo que alterações “(...) desta natureza não provocam morte física, mas podem levar a uma morte menos preocupante, a social.” (Hage & Faiad, 2005, p. 439).

Na minha prática profissional tenho-me confrontado, com frequência com doentes que sofreram AVC e que apresentam dificuldades de comunicação decorrentes das consequências do mesmo. Tal como é referido por Branco e Santos (2010, p. 124), os “(...) défices perceptivos e de comunicação verbal são frequentes, sendo necessário encontrar estratégias que facilitem e permitam a partilha de informação entre quem cuida e quem é cuidado.”

Como nos diz (Lafuente, 1992, p. 29), o relacionamento só acontece “(...) através da comunicação e ninguém faz enfermagem como arte nem como ciência, sem ser capaz de comunicar eficazmente.” Assim sendo, é fulcral que os enfermeiros

adquiram conhecimentos e desenvolvam competências para comunicar de forma eficaz. (McGilton, et al., 2010)

A Enfermagem como profissão centrada no Cuidar, assente no saber estar/saber ser/saber fazer, torna essencial a aquisição de habilidades e competências indispensáveis ao bom desempenho profissional, desenvolvidas e apreendidas ao longo de um contínuo processo de formação.

Segundo Virgínia Henderson (2004), comunicar é uma necessidade básica e constitui uma actividade diária de todos nós, quer como profissionais de saúde, quer como pessoas inseridas numa sociedade.

Esta perspectiva de Virgínia Henderson reforça a pertinência de direccionar o meu foco de atenção para a intervenção a nível das alterações da comunicação e linguagem na pessoa que sofreu AVC, visto estas encontrarem-se frequentemente comprometidas, dificultando a interacção enfermeiro-doente e a reinserção da pessoa no seu contexto.

Deste modo, a estratégia de comunicação utilizada pelo EER deve estar adaptada às capacidades cognitivas, às representações, às necessidades individuais, emocionais e linguísticas do doente (Ramos, 2008). O enfermeiro deve ter conhecimentos teóricos e tem de saber utilizar técnicas de comunicação alternativas à verbal, para que possa ser um comunicador eficaz e possa prestar cuidados de enfermagem adaptados a cada indivíduo. (Rosário, 2009)

As estratégias de comunicação utilizadas pelo EER, devem ser discutidas e partilhadas com todos os intervenientes no processo de reabilitação, para que exista uma continuidade de cuidados e para que após a alta, o doente e sua família possam manter como finalidade a independência máxima do indivíduo e a sua reintegração na comunidade. (Zorowitz, Gross, & Polinski, 2002)

Proot [et al] (1998) referem-nos ainda que os pacientes após sofrerem um AVC sentem uma extrema confusão, insegurança e ansiedade, após a instalação da doença, pois dependem de outros. Confrontam-se, aquando o regresso ao domicílio, com uma realidade muito diferente da anterior e não sabem viver a vida actual. Não é apenas a autonomia que se encontra diminuída, mas seus planos de vida também são abruptamente interrompidos. Estes autores concluíram que a transição da dependência para a independência é uma conquista significativa da reabilitação.

O início abrupto e inesperado de um AVC impossibilita qualquer preparação prévia. Esta condição coloca o doente e respectiva família numa situação de muita angústia e instabilidade, tal como nos refere Martins (2002). Apanhados de surpresa no seio da crise accidental, os familiares “necessitam de algum tempo e de alguma ajuda para poderem ultrapassar criativamente a crise e para poderem suportar efectivamente o doente, reconduzindo-o a uma vida de qualidade” (2002, p.259), ficando expectantes no acompanhamento e cuidado que o enfermeiro tem para lhes oferecer. Compete a este profissional iniciar a sua intervenção o mais precocemente possível, promovendo a autonomia e adaptação do doente e família à sua nova condição.

Martins refere ainda que “ (...) para se realizar uma reintegração social é necessário um programa que vise o desenvolvimento integral da pessoa, levando-a a reajustar a sua situação e a saber suprir as suas dificuldades” (2002, p. 257).

É neste enquadramento, complementado pela minha realidade profissional, que esta temática encontra a sua justificação constituindo para mim um foco de grande interesse e motivação. A temática do trabalho de projecto desenvolvido e aplicado em contexto da prática e à qual pretendo dar resposta neste relatório é ***“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na pessoa com lesão neurológica e sua família, particularmente na presença de alterações da linguagem e comunicação, em contexto hospitalar”***, com a finalidade de encontrar estratégias de adaptação à sua nova condição. Atendendo que a prática clínica tem como intuito a aquisição de competências referentes à actuação do EER, tentei reflectir na minha *práxis* e desenvolver um projecto que se constituiu uma estratégia fundamental para o meu desenvolvimento no domínio específico da enfermagem de reabilitação, com benefício na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente que apresenta alterações a nível da comunicação/linguagem.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências preconizadas para o EER estabeleci como objectivo central do relatório: **compreender o papel do EER nos cuidados à pessoa com lesão neurológica com alterações a nível da comunicação e da linguagem, e sua família, em contexto hospitalar.**

Com o intuito de atingir este objectivo e responder às competências do EER definidas pela OE (2010), foram estabelecidos objectivos mais específicos que esclarecessem a temática em questão no caminho para a obtenção do grau de especialista, sendo estes:

- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação e prestar cuidados de excelência, à pessoa/ família com AVC, em contexto de internamento;
- Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Reabilitação dirigidas às pessoas com alterações da linguagem e comunicação, consequência de lesão neurológica e às suas famílias.
- Desenvolver competências que permitam dar resposta às necessidades da pessoa com alterações do padrão respiratório;

Este trabalho tem por base reflexões sobre a prática clínica e é suportado na revisão da literatura e nos conhecimentos científicos adquiridos com a partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo.

Estruturalmente é constituído por cinco partes: uma primeira que consiste na nota introdutória onde é contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação; uma segunda que elenca o enquadramento teórico do tema; numa terceira parte onde é realizada toda uma descrição e análise do percurso efectuado dando resposta à problemática definida e a última etapa encontra-se reservada à reflexão final, onde será dado enfoque aos aspectos mais relevantes deste percurso de aquisição de competências, respondendo à temática e perspectivando o futuro como EER.

1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA: CONTRIBUTO TEÓRICO

Para a elaboração do trabalho de projecto, assim como para a realização do presente relatório de estágio tornou-se essencial ter por base um referencial teórico que fornecesse contributos importantes, por forma a justificar e enquadrar a pertinência da problemática escolhida, permitindo a compreensão da minha prática como Enfermeira. Sustentei-me no pensamento de Virgínia Henderson para contextualizar o cuidado de enfermagem. Ao longo deste capítulo procurarei articular os conceitos relacionados com a temática escolhida por mim com os conceitos que compõem o pensamento da autora.

O tecido nervoso depende do aporte de sangue que lhe chega permanentemente, pois este é totalmente desprovido de reservas energéticas, ou seja, sem aporte de oxigénio e glicose as células nervosas não mantêm a sua actividade. Numa determinada área cerebral quando este aporte é interrompido, pode ocorrer uma diminuição ou cessação da sua actividade, que pode ser reversível ou irreversível, dependendo do tempo dessa interrupção.

O AVC é uma das doenças neurológicas agudas mais comuns e um dos mais frequentes diagnósticos causadores de internamento hospitalar. É uma doença vascular que ocorre principalmente em indivíduos com factores de risco vascular e cujos sintomas duram pelo menos 24 horas podendo ser causa de morte. Trata-se de um evento originado por um bloqueio vascular que impede que o sangue chegue a todas as células do cérebro. O tecido cerebral não regenera e quando não recebe o suprimento de nutrientes e oxigénio que necessita entra em sofrimento, podendo mesmo levar à morte celular irreversível (OMS, 2004). “(...) Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e de sinais focais e neurológicos (...)”. (Martins, 2006, p. 11)

De acordo com Branco & Santos (2010) podemos classificar os AVCs em dois grupos distintos: Isquémico e Hemorrágico. O primeiro tem como causa “A oclusão ou hipoperfusão de um vaso cerebral, levando a uma paragem do fluxo sanguíneo, que provoca, em poucos minutos, a morte neuronal no centro da zona enfartada. No segundo, ocorre uma ruptura dos vasos sanguíneos existindo extravasamento de

sangue para o tecido cerebral, produzindo uma área focal de necrose celular. O grau de hemorragia é variável, podendo ser tão extensa que origine a compressão do tecido circundante e a herniação cerebral (Branco & Santos, 2010).

Segundo vários autores e estudos sobre esta patologia, cada hemisfério cerebral supervisiona e controla a actividade do lado oposto do corpo, qualquer dano num dos lados do cérebro, conduzirá a uma incapacidade do lado oposto. Assim, as alterações resultantes não têm a ver com o tipo de AVC, mas com o território cerebral atingido e as consequências são por isso variadas, pois dependem da localização da lesão a nível do tecido nervoso e da sua extensão.

Os profissionais de saúde devem ter presente a ideia que a patogénese do AVC é multifactorial. Estão descritos na literatura vários factores de risco para o AVC, e o conhecimento desses factores assume grande importância, pois possibilita intervir ao nível da prevenção primária orientada para a alteração de alguns hábitos de vida. É referido por vários autores que existem factores de risco não modificáveis (características inerentes ao indivíduo): idade, sexo e causas genéticas (Branco & Santos, 2010); e factores modificáveis (através da adopção de um estilo de vida saudável ou de tratamento médico) (Leal, 2001): Hipertensão arterial, tabagismo, fibrilhação auricular, etanolismo, diabetes e hiperlipidémia (Branco & Santos, 2010).

(Apêndice I)

Para Ferro “(...) os factores de risco mais importantes para o AVC são a idade e a hipertensão arterial.” (FERRO & PIMENTEL, 2006, p. 77), dois dos factores com maior prevalência em Portugal e que merecem especial atenção nos planos de intervenção em saúde.

Geralmente, o AVC pode apresentar sequelas a nível de cinco áreas: alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações cognitivas, alterações da comunicação e distúrbios emocionais.

As consequências do AVC podem ser múltiplas e complexas, ou seja, “(...) para os que não morrem as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras e cognitivas, a par de manifestações e consequências sociais (...)” (Martins, 2006, p. 5)(**Apêndice II**). Deste modo, é essencial que a reabilitação do doente/família assuma um carácter multidisciplinar, nunca esquecendo que a parceria enfermeiro-doente é o cerne do processo de

reabilitação. Neste sentido, devemos validar sempre o plano de cuidados com o doente pois muito facilmente podemos fazer interpretações erradas acerca das suas necessidades. É o que nos diz Henderson quando afirma que “(...) um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais (...) o bem-estar do doente pode exigir uma modificação temporária ou contínua do plano” (2004, p. 22).

A recuperação do doente ocorre principalmente durante os três a seis meses após o AVC, sendo que nas primeiras semanas o progresso é mais rápido, pelo que é “(...) um imperativo consensual a necessidade de prestação precoce de cuidados de enfermagem de reabilitação (...)” (Branco & Santos, 2010, p. 122).

As limitações provocadas pelo AVC causam um impacto psicológico, emocional e social devastador tanto na pessoa como na sua família pois, como nos refere Martins (2002), esta incapacidade para a satisfação das suas necessidades de vida diária requer a presença quase permanente de uma pessoa, na grande maioria das situações.

Os distúrbios ao nível da comunicação e da linguagem surgem como um ponto essencial na satisfação das necessidades humanas dos doentes que sofreram AVC e na realização das AVD. Assim sendo, os distúrbios a nível da comunicação e da linguagem surgem como um aspecto fulcral nesta satisfação das necessidades humanas dos doentes que sofreram AVC, pois sendo uma das consequências mais comuns implica que os enfermeiros tenham conhecimentos para planear a sua intervenção com base nas necessidades identificadas pelo doente (e não pelo que deduz ou o familiar lhe diz) e prestar cuidados de forma a respeitar a individualidade de cada pessoa. É através da comunicação que a pessoa expressa as suas dificuldades, necessidades ou vontades, pelo que este para além de objecto de cuidados é também um meio de avaliação quer para o doente ou para o enfermeiro. A avaliação de distúrbios da linguagem e comunicação é a base para entender as necessidades humanas da pessoa que precisa de intervenção do EER, de modo a atingir o seu potencial máximo (Tomey, 2004).

Durante o processo de comunicação entre doente e enfermeiro, existe uma falha na transmissão e retorno da mesma, surgindo sentimentos de frustração e a ansiedade no doente (McGilton, et al., 2010). A avaliação de distúrbios da linguagem e

comunicação é assim a base para entender as necessidades humanas da pessoa que precisam de intervenção do EER, de forma a que adquira o seu equilíbrio físico e emocional, isto é, o seu potencial máximo. (Tomey, 2004)

Segundo Hage e Faiad (2005), os distúrbios da comunicação afectam o quotidiano da pessoa e a sua relação consigo e com os que a rodeiam. Este tipo de alterações podem provocar consequências na vivência diária da pessoa e fazê-la depender de terceiros.

Esta dependência é vivenciada pelo doente com AVC e pela sua família de diferentes formas, pois está relacionada com o modo como a própria doença “é aceite e vivida bem como da configuração relacional prévia à doença, nomeadamente no tocante à vivência do dinamismo dependência-autonomia e individualidade-coesão familiar” (Martins, 2002, p. 150). É essencial que se tenha presente que as actividades quotidianas familiares sofrem modificações, mesmo que seja parcialmente. O EER assume um papel preponderante, pois é a reabilitação que promove a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas habilitações físicas e psicológicas, que forneçam a maior autonomia e independência. Hesbeen (2003, p. 52) define a reabilitação como a “ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem”. A finalidade da prestação de cuidados do EER a uma pessoa com alteração a nível da comunicação/linguagem prende-se precisamente com o atingir o maior nível de independência e autonomia possíveis.

Cuidar é um conceito central do agir profissional do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, vai muito além de querer bem ao próximo. Envolve uma série de conhecimentos acerca do outro e de nós próprios. Para Virgínia Henderson (1960) a função única do enfermeiro é assistir o individuo, doente ou são, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte tranquila) que ele realizaria se tivesse condições para tal. E deve fazê-lo de forma a atingir a independência o mais precocemente possível.

O ser humano se se encontrar bem de saúde tem necessidades fundamentais que satisfaz, quer a nível particular ou de interacção com os outros.

Em alguns momentos da nossa vida iremos necessitar de cuidados de outros, quer seja pela evolução do ciclo de vida ou por um acontecimento inesperado, como a

ocorrência de um AVC. A funcionalidade poderá ser avaliada em poder ou não fazer algo e ser referente ao funcionamento dos sentidos, diz respeito a um compromisso ou à perda de uma função orgânica. Collière dá como exemplo “uma pessoa deixa de poder vestir, de se levantar após uma perda da função da motricidade, devido a uma hemiplegia” e em função do problema poder-se-á avaliar “o que a pessoa pode fazer sozinha (...) pode fazer com ajuda (...) já não pode fazer e durante quanto tempo” (2003, p. 252). Isto leva a discriminar qual o tipo de ajuda a prestar por forma a compensar o disfuncionamento. A funcionalidade também poderá ser avaliada no que refere a saber fazer ou não saber fazer algo. Quando tal acontece é essencial identificar com o doente as necessidades humanas que este entende estarem afectadas, sendo que Virgínia Henderson descreve 14 necessidades, identificando uma, referente à comunicação com os outros - expressando emoções, medos ou necessidades.

Virgínia Henderson afirma que a prestação de cuidados de enfermagem é independente do médico, mas que o enfermeiro deve trabalhar com os outros elementos da equipa multidisciplinar, com o objectivo de atingir a independência do doente, sem que haja sobreposição de tarefas.

Os cuidados de enfermagem podem assumir vários tipos de função de acordo com o grau de dependência da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas. Cuidar da pessoa com AVC implica para Collière (1999) dois tipos de cuidados: cuidados de recuperação ou tratamento, nos quais o enfoque está na doença e na sua progressão de forma a conseguir erradicá-la ou atenuá-la, diminuindo o que constitui obstáculo à vida; cuidados de conservação e manutenção, os quais são entendidos como todas as actividades que permitem a continuidade da vida relacionadas com a alimentação, hidratação, eliminação, higiene e movimento, cada uma destas interagindo entre si. Estas não podem estar dissociadas do ambiente e do contexto de cada pessoa porque os cuidados de recuperação só fazem sentido quando inseridos nos cuidados de manutenção, que necessitamos permanentemente para a continuidade e desenvolvimento da vida.

Qualquer destes níveis pode reflectir a situação de um doente com AVC e sua família, pois para esta autora estes formam uma unidade que tem de ser visto como um todo.

A pessoa que sofreu um AVC irá necessitar, numa primeira fase da doença, de cuidados de substituição, na medida em que a maioria das suas necessidades não podem ser satisfeitas pela própria de forma independente.

Mesmo posteriormente, as limitações decorrentes do AVC, das quais as alterações da comunicação/linguagem ganham relevo, condicionam a realização das AVD de forma autónoma, nomeadamente no que reporta à expressão das suas necessidades ou vontades.

Quando um doente apresenta alterações a nível da comunicação que se assumem com um obstáculo no seu quotidiano, não é apenas uma necessidade que não é satisfeita. Como o doente deve ser visto como um todo completo, não se pode considerar que tenha saúde. Para Virgínia Henderson saúde é o estado no qual o ser humano satisfaz todas as necessidades por si só e sem esforço.

O internamento após instalação desta doença é, por si só, um factor que origina fragilidade e vulnerabilidade, quer pelo afastamento do seu contexto habitual, como pela alteração da sua independência, indissociáveis da perda da sua privacidade e duma maior exposição ao outro. A expressão dos doentes e as suas vontades são frequentemente condicionadas pelas rotinas institucionais e pelas exigências impostas pelas regras hospitalares. Neste contexto é importante que as enfermeiras tenham controlo sobre o ambiente, que é definido por Virgínia Henderson como o conjunto de condições externas e influências que podem afectar a vida e o desenvolvimento dos indivíduos. É essencial que as enfermeiras tenham conhecimento das crenças e costumes do doente, de modo a planear os seus cuidados de forma adequada e singular em cada situação e momento. Devem assumir a responsabilidade de reduzir os riscos para o doente, assumindo um papel securizante ao longo de todo o processo de doença do mesmo.

Assim, a minha intervenção enquanto enfermeira, deverá ter o seu início o mais precocemente possível, e desenvolve-se por etapas que constituem o processo de enfermagem. Para Virgínia Henderson numa fase inicial a enfermeira deve apreciar o doente tendo em conta as 14 necessidades humanas básicas nunca deixando à

margem a individualização da pessoa como um todo, inserida numa sociedade. Tal como refere Collière “cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social”, não pode tomar apenas em consideração cada pessoa isolada do seu contexto de vida (1999, p. 324), e ainda, cuidar “ é um acto social que só atinge a sua plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais” (1999, p. 324). Esta fase é fundamental pois constrói o saber do enfermeiro relativamente aquela pessoa e é um meio para alcançar o objectivo de maximizar a autonomia do doente com limitação ao nível da comunicação decorrente de AVC, após o seu regresso a casa.

As AVD são tidas como simples e inatas ao desenvolvimento do ser humano, contudo, quando nos deparamos com um doente com AVC percebemos que a realização das mesmas está comprometida, e que a sua avaliação é difícil de efectuar quando este apresenta alterações a nível da comunicação. O meu foco de atenção direcciona-se assim para a alteração a nível da necessidade humana básica relativa à comunicação, pois “a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem” e é o pilar para “orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às suas necessidades básicas” (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008, p. 313).

Para Virgínia Henderson quando existe um défice ao nível da satisfação de uma necessidade básica, este influencia as outras necessidades pelo que não deve ser considerado de forma isolada, sendo que a intervenção do enfermeiro terá de ter como objecto o individuo no seu todo. Para esta autora a funcionalidade do doente reflecte se o mesmo consegue satisfazer todas as necessidades básicas de acordo com a sua idade, etapa do desenvolvimento e situação.

É ainda referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que a reabilitação visa “(...)melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo, preservar a auto-estima.” (OE, 2010, p. 1)

Para o desenvolvimento, implementação e monitorização de um plano de cuidados individualizado e adequado à pessoa com alterações a nível da comunicação e linguagem é crucial que o primeiro objectivo do EER seja identificar, recorrendo a formas adaptadas de comunicar, as necessidades da mesma de forma a poder maximizar o seu potencial

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. 2ª edição, Lidel, edições técnicas, Lda. Lisboa.

Segundo Virgínia Henderson (1956), pós a análise dos dados recolhidos acerca do doente, devem ser definidos objectivos observáveis que determinem níveis de dependência a alcançar. O plano de cuidados de enfermagem deve espelhar as prioridades estabelecidas na prestação de cuidados de acordo com o grau de alteração que existe na satisfação das várias necessidades básicas humanas. A intervenção dos enfermeiros, de acordo com a etiologia da incapacidade do doente, neste caso o AVC, pode aumentar, substituir ou completar a força do individuo, ou o conhecimento que lhe falta.

O corpo é o principal alvo de cuidados de enfermagem pelo que centramos nele muita da nossa atenção, descurando muitas vezes as outras vertentes do ser humano. Assim sendo, esta autora enfatiza que as actividades de lazer, convívio, laborais e relacionadas com as crenças e valores, estão equiparadas a outras como, por exemplo, comer e beber adequadamente. A comunicação é referida como uma necessidade humana que deve ser satisfeita para que a pessoa seja considerada plena, e que está inerente à satisfação das outras quer sejam motoras ou psicossociais, espelhando a importância que a comunicação assume na vida quotidiana de cada um.

.

2. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: A CAMINHO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Como ponto de partida para a realização do trabalho de projecto fez-me todo o sentido compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC no internamento, desde a admissão até à alta. Assim sendo, com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definidas pela OE, para além de definir o objectivo central do projecto identifiquei objectivos complementares que clarificassem a temática em questão e que conduzissem à aquisição de competências específicas.

Ser enfermeiro especialista em reabilitação implica um conhecimento aprofundado neste domínio específico, permitindo o julgamento clínico e tomada de decisão aos vários níveis de intervenção, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Com o intuito de atingir os objectivos a que me propus e dar resposta à problemática escolhida, tornou-se necessário delinear um percurso que contempla dois contextos de cuidados com especificidades distintas para a enfermagem de reabilitação, mas que me proporcionaram um vasto leque de experiências e se complementaram na minha aquisição e desenvolvimento de competências como EER.

Para que isso acontecesse defini actividades, critérios de avaliação e recursos a utilizar adequados, que apresentarei sistematizados por itens nos quadros em apêndice, facilitando a sua leitura e análise (**ver Apêndice III**). No decorrer do meu ensino clínico, utilizei como metodologia orientadora do mesmo a reflexão e análise da prática baseado no referencial teórico, levando a que fosse reflectindo sobre minha prestação de cuidados e a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e competências, espelhando o caminho que fui percorrendo. Estas reflexões da prática constituem o fio condutor deste relatório, pois compilam todo o conjunto de informações, aprendizagens e experiências adquiridas. Em apêndice serão colocadas alguns exemplos (**ver Apêndice IV**).

Ao longo dos vários capítulos desenvolvidos neste relatório, procurarei espelhar o percurso de aquisição de competências efectuado. Segundo Benner (2002), somente os enfermeiros que participam na prática de cuidados têm noção da

complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Os padrões de excelência definidos ao nível do desempenho profissional só são conseguidos participando na prática clínica, sendo necessário gerir as competências em termos evolutivos e na capacidade de adaptação a novas situações. Será da responsabilidade do próprio a gestão em termos de aquisição de saberes e a sua aplicação nas situações que emergem.

Ao longo do ensino clínico, prestei cuidados especializados ao doente com lesão neurológica em particular com alterações a nível da comunicação/linguagem e sua família, promovi a formação em serviço, tentando contribuir também para o crescimento pessoal e profissional de toda a equipa de enfermagem.

O ensino clínico permitiu reflectir sobre competências já adquiridas, mobilizando conhecimentos e capacidades desenvolvidas ao longo dos anos como enfermeira, recrutados durante este percurso como fonte de informação científica, técnica e relacional e que se consideram imprescindíveis na representação do enfermeiro especialista.

2.1. Reabilitar o doente com AVC: a comunicação como obstáculo

Nas últimas décadas assistimos a um aumento da esperança de vida humana, bem como, a melhoria da qualidade de vida resultado dos avanços científicos e tecnológicos da Medicina. Este fenómeno reflecte-se no envelhecimento demográfico, contudo, uma maior longevidade não está directamente relacionada com “uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde” como seria desejado, pois sabe-se que “o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar” relacionado com a “maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes” (Martins, 2006, p. 59).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 da Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004), as doenças cerebrovasculares encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal.

Neste quadro e segundo McGilton et. al (2010), nos doentes que sofreram AVC verifica-se a existência de distúrbios a nível da comunicação e linguagem até uma percentagem de 50%. Essas alterações podem afectar tanto a expressão verbal como a compreensão da linguagem escrita e oral, estando inerentes aspectos da comunicação não-verbal, que são associados a danos sociais a longo prazo. (Toazza, 2010).

As alterações da linguagem devem, assim, ser encaradas como um factor que influencia negativamente o processo de reabilitação, se não existir um diagnóstico correcto das mesmas e a mobilização correcta dos cuidados a prestar à pessoa (Paolucci, et al., 2005). Assim sendo, é fulcral que os enfermeiros adquiram conhecimentos e desenvolvam competências para comunicar de forma eficaz (McGilton, et al., 2010), de modo a entender as necessidades dos doentes e planear cuidados que permitam um programa de reabilitação individualizado, incluindo intervenções com foco neste défice. De acordo com o pensamento de Virgínia Henderson, o principal objectivo do enfermeiro é ajudar a pessoa a ser independente na satisfação das suas necessidades humanas básicas e iniciar a sua intervenção o mais precocemente possível; a autora refere, ainda, que é através da comunicação que existe interacção com os outros e que a pessoa expressa as suas necessidades.

Esta é uma dificuldade com que me deparo na minha prática diária, dificultando a adequação de cuidados à singularidade do indivíduo e a consequente avaliação dos seus resultados, e onde se torna imperativo que haja um crescente investimento por parte dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar. Vários autores referem que esta temática está pouco desenvolvida e que deve ser objecto de estudo pelos profissionais de saúde, o que enfatizou a minha inquietação sobre o papel do EER nesta área.

Comunicar é um conhecimento inato, que nasce com o Homem e que não exige aprendizagem. Watzlawick, Beavin, & Jackson (1993, p. 45) chegam mesmo a afirmar “ (...) é impossível não comunicar (...)”, pois o acto de comunicar está omnipresente em cada situação interrelacional, sendo fundamental ao ser humano.

Stefanelli (2005) considera a comunicação como uma das componentes centrais da área de saúde, referindo que a comunicação e saúde são dois conceitos que se

interpõem, de tal forma que não se pode falar num sem nos reportarmos ao outro. Esta autora refere ainda, que a comunicação é o eixo integrador entre os cuidados. Os processos de comunicação em cuidados de saúde são de extrema importância uma vez que estão relacionados com as várias áreas e contextos de saúde, com a relação que os profissionais de saúde estabelecem com os indivíduos e com a satisfação dos doentes.

Toda a comunicação é um acto social que envolve um conjunto de processos que permitem realizar trocas de informações e significações, entre os indivíduos, num determinado contexto social. (Ramos, 2008). Em contexto de cuidados de saúde estes processos podem estar alterados, designadamente nos doentes que não conseguem comunicar verbalmente; nestas situações é primordial o conhecimento e a utilização de todos os tipos de comunicação para que a mesma seja eficaz.

A pluralidade de canais de comunicação, verbais e não verbais associam-se para obter uma comunicação total e dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso, e às mensagens não verbais transmitidas pelos gestos, mímicas e posturas (Ramos, 2008). A mesma autora salienta que são numerosos os estudos que evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, traduzindo-se numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida.

Como nos diz Lafuente (1992, p. 29), o relacionamento só acontece “(...) através da comunicação e ninguém faz enfermagem como arte nem como ciência, sem ser capaz de comunicar eficazmente.” Desta forma, no que se reporta à prática da enfermagem, a comunicação representa a base e o fundamento para as relações enfermeiro/doente, constituindo dessa maneira um instrumento básico para a profissão. É o suporte de todas as acções dos enfermeiros, pois é através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo: a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões.

Tendo por base os aspectos acima referidos, penso ser importante encontrar respostas a questões como: os enfermeiros avaliam e descrevem correctamente os distúrbios da comunicação/linguagem que os doentes apresentam? Que alternativas o enfermeiro pode utilizar quando um doente não comunica verbalmente? Qual o

papel do EER na prestação de cuidados a este tipo de doentes? Os cuidados do EER ao doente com AVC ganham grande relevo na medida em que a reabilitação “enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar auto-estima.” (OE, 2010, p. 2).

Realizei grande parte do meu percurso num Serviço de Medicina de um Centro Hospitalar de Lisboa, num período compreendido entre 2/11 de 2012 e 15/02 de 2013. É composto por 13 camas de enfermaria onde os doentes são admitidos aquando da transferência do Serviço de Urgência (SU), e por 5 camas de uma Unidade de Cuidados Especiais Médicos onde os doentes podem ser provenientes do SU ou dos outros serviços de Medicina do departamento.

A equipa de enfermagem integra duas EER com vários anos de experiência, sendo que uma desempenha funções de gestão. O facto de existir diariamente, no período da manhã, uma EER que conhece e acompanha o percurso de todos os doentes, podendo priorizar os seus cuidados de acordo com a sua análise e com as preocupações de toda a equipa multidisciplinar, mostrou-se uma vantagem em todo o processo de enfermagem, especialmente no planeamento de cuidados e na preparação para a alta dos doentes e suas famílias.

Através da análise dos registos de enfermagem e da verbalização por parte de alguns enfermeiros sobre o défice de valor que é atribuído à comunicação nos doentes internados, especificamente nos doentes com AVC, defini algumas actividades que me ajudassem a “(...) sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a comunicação eficaz e prestação de cuidados adequados a doentes com alterações a nível da linguagem e comunicação.”, tendo sempre presente a ideia de que , é “fundamental que busquemos por recursos eficientes e de baixo custo para a instituição.” (Melles, A., & Zago, M., 2001, p.77) devido à conjuntura económica actual.

Numa fase inicial identifiquei a necessidade de planear e realizar uma sessão de formação em serviço para que houvesse uma base de conhecimentos partilhada e

um mesmo fio condutor na avaliação e intervenção ao doente com alterações da comunicação/linguagem. A formação assumiu-se como “um elemento facilitador” e essencial “para desenvolver capacidades e competências”(A (Alarcão, 2001, p. 103) no seio da equipa de enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade de cuidados prestados. Esta actividade tinha como objectivo rever e consolidar conceitos que permitissem a correcta avaliação das alterações da comunicação/linguagem de a forma que fossem registadas de forma rigorosa e espelhando a continuidade das estratégias de comunicação alternativa adequadas. Como refere Silva “é crucial que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida durante o exercício profissional” recorrendo a um registo real e a uma linguagem comum (2010,p. 21).

Após a sessão de formação, tornou-se visível a preocupação na avaliação dos distúrbios de comunicação/linguagem que os doentes apresentavam aquando da admissão no serviço e a uniformização na utilização de conceitos relativos à temática. Por exemplo, após a sessão de formação passou a ser possível ler em registos de enfermagem que o doente comunicava através de acenos de cabeça ou que apresentava afasia de expressão com melhoria na capacidade de nomeação. Anteriormente, muitas vezes não era feita referência à comunicação em registos e quando era feita descrevia-se, por exemplo, a disartria como o doente apresenta discurso imperceptível.

Concomitantemente à detecção da necessidade de explicar conceitos com a equipa, foi detectada a inexistência de instrumentos de comunicação alternativa que permitissem aos enfermeiros utilizá-los na prestação de cuidados de forma adequada a cada situação. Assim, foi criada uma pasta com alguns instrumentos de comunicação alternativa e seguidamente realizei uma sessão de formação em serviço para explicar as particularidades de cada um e as orientações para a sua utilização, de acordo com a pesquisa bibliográfica que tinha realizado. Aquando do feedback da formação percebi que tinha atingido o meu objectivo, pois de um modo resumido a ideia-chave transmitida pelos enfermeiros no término da sessão foi a de que os instrumentos de comunicação devem ser escolhidos conjuntamente com o doente para que a adesão seja maior e, por outro lado, é essencial avaliar e identificar as “condições facilitadoras e inibidoras, bem como os padrões de

resposta, permitindo a adequação” dos meus cuidados de enfermagem “à singularidade da pessoa” (Gonçalves, Guterres & Novais, 2010). Numa fase posterior, foi possível observar que os enfermeiros utilizam os recursos deixados no serviço e que apresentam, gradualmente, maior habilidade na avaliação e adequação dos instrumentos a cada situação.

Nesse conjunto de instrumentos estão incluídos vários tipos, de modo a que a equipa pudesse aumentar a sua resposta na prestação de cuidados a doentes com este tipo de sequelas do AVC, que serão apresentados de seguida.

A lousa mágica de cor uniforme e com pega, que segundo Freitas e Coelho (2010) é um recurso eficaz, criativo para favorecer a comunicação não verbal e apresenta baixo custo. Apresenta como vantagem o facto de a pessoa poder utilizá-la em qualquer decúbito e da sua limpeza/desinfecção ser fácil para os serviços que a adoptam, contudo, alguns autores referem que a adesão é dificultada pela associação que é feita aos brinquedos infantis. Este instrumento pode ser utilizado por pessoas que não apresentem alterações na motricidade fina, que mantenham a capacidade de escrita e que não apresentem alterações a nível da simbologia. Durante o desenvolvimento do meu estágio, alguns doentes com disartria identificaram este instrumento como o mais fácil de utilizar e mais o adequado.

Criei uma base de imagens, dividida por categorias, e um formato base para a elaboração de quadros de imagens. De acordo com a análise feita pela equipa, o vasto leque de gravuras permitia a criação de quadros personalizados e tornava possível dar atenção a pormenores do quotidiano humano. Ficaram impressos e plastificados (devido às regras de controlo de infecção hospitalar) um quadro para o sexo feminino e outro para o masculino, e ainda um quadro relativo a sinais/sintomas de saúde e segmentos do corpo (**ver Apêndice V**). Este tipo de recurso assume especial importância quando nos deparamos com doentes analfabetos, pois conseguem reconhecer as imagens e utilizá-las facilmente para comunicar, e por exemplo, a maioria das pessoas com perturbações da comunicação “compreende melhor as imagens do que as palavras.” (Rodrigues, 2008, p. 16).

Na minha prática este foi o instrumento que mais apliquei e que apresentou maior adesão por parte do doente e família. Desde a sua primeira utilização que foi

perceptível que deve ser inicialmente utilizado na díade enfermeira-doente e só depois alargado à família ou cuidador principal, pois é importante garantir a correta utilização do mesmo por parte do doente e, através dum processo educativo, dos seus familiares, evitando-se assim, erros de utilização, que podem acontecer até por voluntarismo e desejo genuíno de ajudar. Após existir uma comunicação eficaz entre a díade, a enfermeira e o doente podem, conjuntamente, realizar a demonstração e alargar a sua utilização como instrumento de comunicação.

De acordo com Festas, Martins e Leitão (2007), uma satisfatória avaliação e consequente remediação das dificuldades detectadas na escrita torna necessário o recurso a instrumentos capazes de dar hipótese ao doente se expressar através de outro canal de comunicação. É importante avaliar a leitura e grafia dos doentes com AVC, o que é raramente realizado pelos enfermeiros de acordo com a minha experiência nos serviços onde prestei cuidados. Por outro lado, também referem que os exercícios de leitura em voz alta são importantes na reabilitação dos distúrbios de comunicação, quer nos doentes com disartria porque promovem a mobilização de toda a musculatura facial, quer em doentes com alguns tipos de afasia pois promovem a destreza cognitiva e a reacquirição de algumas capacidades. Assim sendo, elaborei um quadro de leitura com títulos de jornais actuais (que foram sendo actualizados periodicamente), letra grande e palavras simples, para que houvesse um instrumento adequado para realizar este tipo de avaliação e posteriormente os exercícios escolhidos (**ver Apêndice VI**). Tendo em conta o grau de escolaridade dos doentes a quem prestei cuidados acabou por ser pouco utilizado, contudo, a sua utilização permitiu detectar que um doente apresentava agrafia que não estava referida em nenhum registo desde a sua admissão no SU. Este dado foi importante para planear intervenções que promoviam a destreza escrita do doente, como por exemplo a transcrição de frases, e para avaliar de forma mais rigorosa os défices sequelares do AVC e todo o seu processo de recuperação/reabilitação.

Para que houvesse uma uniformização na prestação de cuidados ao doente com distúrbios a nível da comunicação e linguagem foi elaborado um documento orientador, onde de forma sucinta, se apresentam as recomendações da DGS (2010, p. 116-117 (abordadas aquando da sessão de formação) e colocado num dossier que foi sendo completado ao longo do estágio, guardado na sala de trabalho

de enfermagem e acessível a todos. Neste dossier também estavam arquivados artigos de investigação, onde eram apresentados resultados de estudos realizados na área.

Com o intuito de preparar a alta, que tal como refere Petronilho (2007) deve ser planeada e iniciada aquando da admissão dos doentes, elaborei um folheto sobre as alterações da comunicação/linguagem e estratégias facilitadoras que as famílias/cuidadores deste tipo de doentes devem adoptar no domicílio. No serviço onde realizei o meu percurso existe uma folha de registo de ensinios organizada e um conjunto bastante abrangente de folhetos para servir de complemento à informação transmitida através do método oral ou demonstrativo, embora, não existisse nada nesta área. As pessoas a quem entreguei o folheto referiram que era um recurso importante para ter no domicílio, pois muitas vezes há informação transmitida pelos enfermeiros durante os períodos de ensinios que é perdida. A opção de criar um folheto mostrou-se como uma boa estratégia de comunicação e para integrar a família nos cuidados e, tal como nos referem Nigolian e Miller (2011) uma maior satisfação por parte do doente e cuidador nos cuidados e uma maior adesão aos mesmos, encontra-se relacionada com uma comunicação eficaz.

Para que o programa de reabilitação seja desenvolvido e implementado, é necessário existir relação enfermeiro-doente. Deste modo, se existir um distúrbio a nível da linguagem as intervenções, por exemplo para reabilitar a pessoa para as suas AVD, vão estar comprometidas e a qualidade dos cuidados prestados também, caso o programa de reabilitação não se encontre adaptado. (McGilton, et al., 2010) Para Virgínia Henderson a comunicação implica a expressão de necessidades, emoções e vontades, logo se esta necessidade humana não se encontrar afectada é através dela que o enfermeiro tem percepção da satisfação ou não das restantes necessidades básicas humanas, assim sendo, quando se encontra alterada todas as intervenções com vista à reabilitação da pessoa devem ser adaptadas para que se atinja a satisfação de todas as necessidades e consequente treino das AVD.

Estas intervenções foram desenvolvidas de forma integrada com outras, com vista ao alcançar do objectivo “Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação e prestar cuidados de excelência, à pessoa/ família com AVC, em contexto de internamento”.

Relativamente às alterações da mobilidade na pessoa com AVC, para Menoita [et al] estas “estão relacionadas com as modificações da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade” (2012, p. 74). Podem conduzir “à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afectado, bem como a padrões inadequados do lado não afectado”, podendo evoluir para o desenvolvimento de um quadro de espasticidade incapacitante (2012, p. 76). Estes autores descrevem como objectivos da reabilitação motora no doente com hemiplegia, “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos voluntários do lado afectado” (2012, p. 76). Visando atingir estes objectivos o EER “pode recorrer a diversas técnicas/estratégias, de acordo com a situação da pessoa”, sendo estas a “facilitação cruzada; indução de restrições; posicionamento em padrão anti-espástico; estimulação sensorial; e um programa de mobilizações e actividades terapêuticas” (2012, p. 77).

A todos os doentes com AVC, que prestei cuidados no âmbito deste Ensino Clínico, foi iniciado de imediato um programa individualizado de reabilitação motora, visando a promoção da sua autonomia.

Concebi e implementei programas de treino motor e cardio-respiratório; instruí e treinei técnicas de maximização do desempenho a este nível, fiz formação/educação das pessoas com alterações motoras e pessoas significativas. Fiz sessões de treino com a pessoa e seus familiares/cuidadores no sentido de promover a reabilitação e prevenir lesões e acidentes. Monitorizei os programas implementados e os resultados obtidos. Avaliei e reformulei os programas instituídos em função dos objectivos definidos para cada pessoa e no sentido da preparação para o regresso a casa. Na minha prestação de cuidados percebi que o ambiente hospitalar é importante para o iniciar o processo de reabilitação, mas que ao longo do internamento torna-se limitativo; tal situação deve-se ao facto de não haver o treino das AVD no contexto do doente, utilizando o seu espaço, os seus objectos e as suas rotinas diárias. Por mais que se tente aproximar uma realidade da outra, nunca é possível na sua totalidade. Houve doentes que recuperaram as suas capacidades para satisfazer as necessidades em défice, outros readaptaram-se de acordo com as necessidades afectadas e, também houve uma situação em que o doente não

apresentou qualquer tipo de recuperação do seu quadro clínico. Os doentes apresentaram grande adesão à abordagem do EER, e apercebi-me que à medida que o programa de reabilitação se desenrola o doente/família vai aumentando a sua colaboração, quase sempre, proporcional aos bons resultados obtidos. Esta situação espelha a importância da parceria no processo de reabilitação, pois se os objectivos foram delineados pelo enfermeiro e doente, e o caminho a percorrer é trilhado em conjunto, verifica-se que a motivação/envolvimento da pessoa para alcançar ganhos para a sua saúde é maior e eficaz.

Instrui o doente/família para os princípios, objectivos e finalidade dos posicionamentos, mobilizações, auto-mobilizações, actividades terapêuticas, levante, treino de marcha, treinando conjuntamente com estes e incentivando-os à realização destas práticas. Procurei desde o início da minha intervenção planejar os meus cuidados, de forma a evitar a instalação do padrão espástico, na medida em que um posicionamento precoce correcto com uma alternância frequente se encontra na base do sucesso da reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade. Como referem Menoita [et al] um programa de reabilitação visa manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno” e igualmente “manter a imagem psico-social e psico-motora da pessoa” (2012, p. 85).

Fiz planeamento da alta articulando com os recursos da comunidade, promovi continuidade de cuidados, preparei a pessoa e seu cuidador para o regresso a casa, trabalhando na reinserção da pessoa e seus familiares no contexto domiciliário e articulando com os apoios sociais existentes na comunidade, tendo em perspectiva a dignidade da pessoa a sua qualidade de vida. Na minha prestação de cuidados realizei ensinamentos aos doentes, familiares e cuidadores informais, cada situação de forma diferenciada, mas o principal ensinamento que retiro é: para que exista sucesso na implementação do programa de reabilitação devemos evitar que haja intermediários entre o enfermeiro e a pessoa que queremos treinar, pois reduz a probabilidade de ficarem inquietações e dúvidas sem resposta. A articulação com os Cuidados de Saúde Primários, por vezes, é deficitária e dificulta ou impede a continuidade do programa de reabilitação. Penso que o anteriormente referido faz

com que os doentes/familiares não se sintam confiantes com o regresso a casa, sendo um factor desencadeante de stress agravado pelos curtos períodos de internamento que se verifica actualmente. Ao longo do meu Ensino Clínico contactei telefonicamente as instituições que ficariam responsáveis pelos doentes que íam regressar a casa, planeei o seu regresso conjuntamente com o enfermeiro dos cuidados domiciliários e enviei sempre a carta de alta com uma descrição rigorosa da intervenção do EER e dos resultados obtidos. Penso que a continuidade dos cuidados é essencial para uma readaptação da pessoa/família ao seu contexto e para uma implementação faseada do programa de reabilitação, ou seja, os enfermeiros de reabilitação que prestam cuidados no domicílio se souberem como foi iniciado o processo de reabilitação, podem mobilizar os conhecimentos que já foram adquiridos durante o internamento adequando-os de forma mais rigorosa ao contexto e intervir em níveis que não foram trabalhados no hospital devido às limitações já referidas anteriormente.

Simultaneamente ao programa de reabilitação motora, foi realizado o treino das AVD de acordo com as necessidades do doente e com os recursos existentes no serviço. Inicialmente, abordei a higiene e conforto do doente, o vestir e despir e os cuidados com a integridade cutânea. Para Virgínia Henderson (2004) a pessoa deve tentar alcançar o nível de satisfação potencial mais elevado na vida, e sabemos que todos os cuidados que envolvem a privacidade do ser humano põem em causa a independência do mesmo. Durante a minha prestação de cuidados tentei assegurar que a privacidade do doente era respeitada, de acordo com os seus ideais, crenças e costumes.

Para além dos aspectos acima referidos, no desenvolvimento de um programa de reabilitação são abordados vários pontos que visam a autonomia do doente nas outras AVD. Muitas vezes a capacidade cognitiva do doente e o seu estado emocional são afectados pela ocorrência desta patologia, traduzindo-se em alterações de memória, dificuldades de concentração e aprendizagem. Para minimizar as consequências destas alterações, tive oportunidade de reorganizar o espaço físico do doente de forma a que este pudesse ter acesso a referenciais temporais (relógio, televisão). Durante o internamento os doentes referiram que a televisão lhes permitia estar actualizados relativamente à sociedade e que, de

acordo com a alteração da comunicação/linguagem, era um instrumento importante para incentivar à realização de exercícios como a repetição e a leitura de palavras em voz alta.

Por outro lado, no sentido da pessoa com AVC não excluir o hemicorpo lesado e de contrariar a tendência em ter a sensibilidade diminuída, o cuidador foi instruído a aumentar a carga sensitiva e abordar a pessoa pelo lado hemiplégico, a promover o toque e a estimulação, assim como todas as pessoas da família e amigos que faziam parte do seu contexto de vida. Promovi a utilização de espelhos para ajudar a pessoa a integrar a imagem corporal. A disposição do quarto, quando possível, foi mudada nesse sentido, para que a pessoa recebesse de forma constante e automática a estimulação pelo lado afectado. Desenvolvi competência na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social. Todas as intervenções que realizei a este nível mostraram-se bastante eficazes relativamente às três áreas anteriormente referidas, pois possibilitaram uma adequação dos cuidados desde o primeiro dia de internamento do doente e uma maior consciencialização da actual situação da pessoa e da necessidade de mudanças em casa (para o doente e família) aquando da alta.

Uma das consequências mais comuns do AVC, que em muitos pontos se toca com os distúrbios da comunicação/linguagem, é a alteração do reflexo de deglutição. Tal como White [et al] referem no seu estudo que “a maioria da investigação sobre disfagia e a aspiração diz respeito a doentes com acidente vascular cerebral” (2008, p. 59); deste modo, abordam que “a reabilitação da deglutição envolve a educação do doente e dos prestadores de cuidados no que respeita aos métodos de deglutição segura” tais como o deglutir com cuidado e lentamente, manter a postura ortostática, assim como os exercícios de melhoria da deglutição (2008, p. 57). O alimentar-se ingerindo pequenas quantidades de alimentos, ingerir líquidos mais espessos, fazer a flexão do pescoço do momento da deglutição, proporcionar um ambiente calmo e o incentivar a alimentar-se sozinho, foram orientações incluídas nos meus ensinamentos ao doente e família. À avaliação da equipa multidisciplinar estas indicações proporcionaram resultados positivos na reacquirição de capacidades do doente e na facilitação de aquisição de competências por parte dos cuidadores, estando pensada a elaboração de um folheto sobre este assunto. Por outro lado,

verificou-se que estas reduzem o risco de haver aspiração de alimentos, prevenindo as complicações que são frequentes neste tipo de doentes.

Uma das preocupações mais presentes, por parte do doente e família, no regresso a casa está relacionada com as alterações a nível vesical e intestinal, em especial com a obstipação. Ao longo do meu estágio realizei várias sessões formativas sobre orientações e medidas a adoptar para a prevenção desta complicação, que se mostraram essenciais na adopção de comportamentos de vida saudáveis e que foram referidos como importantes na diminuição da inquietação causada por esta situação. Esta consequência do AVC tem implicação directa na vida social das pessoas, pois estas quando ficam com algum tipo de incontinência sentem-se inibidas de socializar e frequentar locais públicos; assim sendo, é essencial capacitar o doente de formas de contornar e minimizar os possíveis danos que esta situação possa causar.

Durante a minha pesquisa bibliográfica encontrei vários autores a fazerem referência às consequências que o AVC pode provocar na vida sexual do indivíduo, contudo, durante o meu estágio não tive oportunidade de abordar este ponto tendo em conta os doentes que prestei cuidados. O tempo de internamento dos doentes é curto, o que não permite estabelecer uma relação enfermeira-doente que atinja um nível tão privado da vida da pessoa ou casal; e, por outro lado, o seu foco de atenção são AVD como o beber e comer, vestir e despir, cuidados de higiene, mobilidade. Segundo Martins (2006) os problemas sexuais podem comprometer gravemente o estado emocional da pessoa com AVC.

2.2. Reabilitar o doente com patologia respiratória: complementaridade do cuidar do doente com AVC

O AVC é uma das doenças neurológicas agudas mais comuns e um dos mais frequentes diagnósticos de internamento hospitalar, sendo que “a prevenção e o tratamento precoce de complicações agudas (...) são uma prioridade” (Martins, 2006, p.27). Hoeman (2000) refere a primeira semana como o período mais propenso à ocorrência de novo AVC ou desenvolvimento de complicações, tornando-se imperativa a monitorização apertada do estado neurológico, cardíaco e pulmonar. De acordo com Martins (2006), “a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC.” (p. 27) e de acordo com esta autora deve iniciar-se 48h a 72h após AVC. Além dos posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico e da estimulação cognitiva, também a reeducação funcional respiratória deve ser iniciada no sentido de minimizar os efeitos das complicações respiratórias que surgem, porque o aparecimento de problemas secundários e/ou complicações constituem um obstáculo à reabilitação da pessoa com lesão neurológica. Branco e Santos (2010) referem que as complicações mais frequentes são as respiratórias, resultantes de uma das principais consequências do AVC, a imobilidade.

Para Ferro “algumas medidas simples podem prevenir as complicações mais frequentes no doente com AVC agudo”, tais como o testar a capacidade de deglutição como forma de prevenir as pneumonias de aspiração (2006, p.85). Também preconiza a mobilização precoce do doente prevenindo assim a embolia pulmonar. Menoita [et al] associa a disfagia a algumas complicações, como “o aumento de secreções orais que conduzem à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração” (2012, p. 150).

Com a finalidade de compreender a patologia respiratória como comorbidade decorrente do AVC e o alargar do campo de competências específicas a outras áreas de intervenção, conduzindo assim à obtenção do grau de especialista, a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória constituiu-se como essencial, tendo realizado uma incursão de 80 horas neste contexto de cuidados. Concomitantemente à minha intervenção na pessoa com AVC prestei cuidados especializados a um vasto leque de doentes com as mais diversas

patologias, das quais se destacam as Neoplasias do pulmão; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Asma; Derrame Pleural; Pneumotórax; Fibrose Pulmonar; Pneumonias; o que me permitiu aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos. Tive, desta forma, oportunidade de identificar os principais problemas, planear estratégias de intervenção de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e familiar/cuidador e implementar os respectivos planos de intervenção personalizados.

Durante a prática clínica, desenvolvi actividades e estratégias de actuação com vista à manutenção da capacidade das pessoas respirarem eficazmente e promoção da qualidade de vida. No sentido de desenvolver competência na avaliação da funcionalidade e de diagnóstico de alterações, fiz observação da pessoa com doença respiratória, avaliei a função respiratória e os mecanismos neurofisiológicos e patológicos relativos à mecânica respiratória, fiz avaliação física: observei o padrão respiratório e respectivas características, fiz inspecção e palpação do tórax, auscultei, visualizei radiografia tórax, avaliei a capacidade de limpeza das vias aéreas e fiz avaliação nutricional, articulando com a nutricionista para estabelecimento do plano nutricional.

Mobilizei técnicas específicas de reabilitação, nomeadamente reeducação funcional respiratória, elaborei e implementei planos de reeducação funcional aos vários níveis (cardio-respiratório, motora, sensorial, cognitiva, de alimentação de eliminação e de sexualidade), discuti hábitos de risco com a pessoa, realizei intervenções no sentido de redução dos riscos existentes por alteração da funcionalidade aos vários níveis, fiz educação da pessoa e/ou cuidador de técnicas específicas de autocuidado, elaborei e realizei treino específicos de AVD, com utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), de acordo com os objectivos individuais da pessoa. Avaliei os resultados das intervenções implementadas de acordo com as escalas em utilização no serviço.

Paralelamente ao referido anteriormente, foi possível desenvolver competências nas estratégias de comunicação que podemos mobilizar nos doentes traqueostomizado e sob Ventilação não invasiva. Percebi que a temática da comunicação merece a atenção dos enfermeiros, em todas as áreas clínicas, pois as dificuldades de comunicar inerentes a dispositivos médicos ou a situações pós-operatórias carecem

de estratégias e intervenções específicas de enfermagem. Com o intuito de desenvolver actividades específicas nesta área, realizei investigação teórica e organizei um dossier com toda a informação; com base nos conteúdos encontrados e na prática de cuidados, realizei uma sessão de formação em serviço (**ver Apêndice VII**), onde apresentei resultados de estudos de investigação que reflectiam a evidência científica existente, e instrumentos de comunicação adequados aos dois tipos de dilemas identificados pela equipa de enfermagem: indicações, formas de utilizar, vantagens e desvantagens; elaborei quadros de comunicação adaptados à realidade daquela especialidade; e desenvolvi uma lista de intervenções, segundo a linguagem CIPE, para serem introduzidas no programa (**ver Apêndice VIII**), pois os registos efectuados são primordiais e é “através dos registos, que o enfermeiro assegura a sua autonomia. (...) proporcionam-nos a informação necessária, para que através deles possamos planear a nossa intervenção junto do doente e contribuem para que haja continuidade dos cuidados, assentes em bases científicas e fundamentadas.” (Silva, 2010, p. 22). Elaborei, ainda, uma reflexão sobre uma inquietação relativa à comunicação eficaz neste contexto específico (**ver Apêndice IX**).

Um programa de reabilitação é concebido tendo em conta vários factores relacionados com o doente, logo é contextualizado e adaptado individualmente, e os seus resultados positivos têm impacto no tempo de internamento e nas comorbilidades que cada pessoa apresenta. Em suma, a intervenção do EER torna-se essencial no diagnóstico precoce e no tratamento dos problemas respiratórios reais ou potenciais, e consequentemente na morbilidade e mortalidade associados.

3. REFLEXÃO FINAL: O PERCURSO ATÉ À ESPECIALIZAÇÃO

O aumento crescente da sobrevida ao episódio de doença aguda em simultâneo com o aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento, traduz-se num crescente número de pessoas com AVC, as quais vêem a sua independência subitamente afectada na satisfação das suas necessidades humanas básicas, influenciando de forma dramática a sua dinâmica familiar.

Na sequência de um episódio agudo de uma doença, nomeadamente por AVC, as pessoas que ficam em situação de dependência, têm o direito de voltar a ter uma condição de vida de acordo com as suas potencialidades e, tanto quanto possível, as suas expectativas, no sentido de alcançar autonomia nas suas actividades de vida, readaptando-se ao seu contexto de vida e readquirindo capacidades de agir por si próprio.

Os AVC, primeira causa de morte em Portugal, são também a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas, em que as sequelas decorrentes podem conduzir a grande incapacidade psicomotora, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção especializada por parte do EER. Este tem como finalidade melhorar a qualidade de vida da pessoa, maximizando o seu potencial funcional e independência e ajudando-a, bem como à respectiva família, a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação. (HOEMAN, 2000).

O estudo sobre a problemática escolhida constituiu um momento oportuno para abordar uma temática actual e inquietante, assim como para articular aprendizagens apreendidas ao longo de todo este percurso formativo e no contexto da prática de cuidados, onde foram atingidos os objectivos a que me propus, visando o desenvolvimento de competências preconizadas para o EER pela OE (2010), conduzindo à obtenção do grau de especialista. Apesar de haver pouca documentação sobre as intervenções dos EER nos doentes com alterações da comunicação/linguagem, após a pesquisa bibliográfica consegui organizar e implementar cuidados específicos que deram resposta às minhas inquietações. Para além das competências desenvolvidas na área motora e respiratória, foi possível explorar um ramo da actuação do EER que ainda se encontra pouco desenvolvido. Como ponto de partida para o planeamento do processo de reabilitação, o EER deve

ter por base “(...) o princípio de fazer das necessidades humanas, o fundamento dos cuidados de enfermagem (...)”, pois assume o papel de “(...) guia para a promoção da saúde, bem como, para cuidar na doença.” (Henderson, 2004, p. 16).

Ao longo da prática clínica, verifiquei que para satisfazer as necessidades humanas básicas da pessoa com AVC e seus familiares/cuidadores, foi necessário treino de actividades e de aquisição de habilidades da pessoa e seu cuidador; adaptação à situação de saúde actual; suporte económico e estabelecimento de parcerias com entidades locais, que ajudaram na promoção da reinserção domiciliária e social. Relativamente aos doentes que apresentavam alterações da comunicação/linguagem, os doentes e familiares manifestaram a sua satisfação relativamente ao facto de haver cuidados de enfermagem dirigidos para esta consequência do AVC. Foi possível planear e implementar intervenções, como exercícios de gesticulação facial em frente a um espelho no doente com disartria, que apresentaram resultados positivos na redução da ansiedade causada pela dificuldade em comunicar e uma melhor interacção na prestação de cuidados.

A actual política de cuidados de saúde a nível hospitalar caminha no sentido de reduzir o mais possível o tempo de internamento dos doentes, assim sendo, a articulação com os recursos da comunidade assume um papel essencial na continuidade do processo de reabilitação. Constatei, que em alguns momentos a articulação de contextos é deficitária comprometendo todo o processo. Há que entender que a continuidade “só é exequível se o Enfermeiro desenvolver um trabalho em equipa concentrado, integrado e pró-activo (...) para se atingir o mesmo objectivo: a maximização da autonomia, com ganhos de funcionalidade e de bem-estar da pessoa com AVC” (Menoita [et al], 2012, p. 196).

É e será, sem dúvida, uma preocupação que assumirá relevo minha prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, pelo que quando é elaborada uma carta de alta no meu serviço, realizo o registo dos cuidados especializados que prestei de forma diferenciada e que permita dar continuidade de forma rigorosa. Por outro lado, iniciei em conjunto com a enfermeira especialista a elaboração de uma folha de registo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de garantir a sua continuidade e, por consequência, dar-lhes visibilidade no seio da equipa multiprofissional.

Penso que o desenvolvimento deste projecto de estágio permitiu consciencializar a equipa multidisciplinar, do serviço, do vasto leque de conhecimentos e competências que o EER possui; e ainda alertar todos os elementos para a importância de intervir para além das consequências motoras do AVC. Uma dificuldade com que me deparei foi a articulação com a terapeuta da fala nomeada para o serviço, ponto que tenciono melhorar no futuro.

No acto de aprender está implícita a crescente capacidade de autoconhecimento, a operacionalização de experiências anteriores e a racionalização das emoções, afirmando-se como uma mais-valia tanto no campo académico como na prática, facilitando o processo de transição para a especialização. Os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas pressupõem “que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações” (Hesbeen, 2003, p. 135).

Desenvolvi competências como EER, mobilizando conhecimentos, atitudes e habilidades, nas várias situações de cuidados. A prática clínica aliada aos conhecimentos complementaram-se de forma indispensável à construção de competências. Como perspectivas de intervenção após esta aquisição de competências como EER, e integrando um serviço de internamento de um centro hospitalar, encontro-me em situação de concretizar a prática do dia a dia com efectividade, mas também mostrar a minha intervenção como EER e facilitar o processo de transição do doente que apresenta uma incapacidade temporária ou definitiva. Tenciono continuar a desenvolver conhecimentos sobre a intervenção nos doentes com alterações da comunicação/linguagem e fazer o paralelismo dos meus cuidados ao doente com disartria e disfagia, pois muitos artigos referem que o planeamento de cuidados é sobreponível em muitos pontos. Quero ainda, continuar a contribuir para capacitar a equipa para a melhor prestação de cuidados aos doentes com este tipo de consequência do AVC, através de formação em serviço e de orientações sobre a intervenção mais adequada da equipa multidisciplinar nestas situações.

Considerando que os cuidados de enfermagem devem ser suportados numa prática baseada na evidência, o desenvolvimento desta temática permitiu estabelecer estratégias de intervenção aos doentes com alterações da comunicação e

linguagem que foram adoptadas pelo serviço onde desenvolvi o estágio.

Para Benner “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (2001, p. 61). Desta forma, o enfermeiro é o resultado de vivências e experiências ocorridas no percurso pessoal e profissional, devendo integrar a prática, a reflexão, a formação e a investigação na sua prestação de cuidados diários, com vista a alcançar a excelência.

A aquisição de conhecimentos ao longo deste período formativo permitiu-me integrar diferentes intervenções na minha prática, e sinto que tenho maior capacidade na minha tomada de decisão e que as minhas intervenções são mais adequadas à singularidade da pessoa e apresentam resultados mais imediatos. Também sinto que olho para a enfermagem e para a pessoa de outra forma, pois desenvolvi o meu pensamento crítico e aumentei o leque de fundamentos para a minha prática.

Por último, gostava de realçar a importância do EER nas equipas de saúde a nível hospitalar como pivot, promovendo e liderando os cuidados de saúde especializados necessários à pessoa com AVC, articulando estratégias de prevenção de novas incapacidades e de adaptação à sua dependência, de formação dos seus pares, primando pela abordagem holística da pessoa – um ser único e indissociável.

No futuro espero continuar a desenvolver os meus conhecimentos e competências como EER e poder aplicá-los na minha prática diária, com especial atenção à área da comunicação/linguagem. Quando penso na minha posição no serviço onde presto cuidados, vejo um caminho onde irei promover o trabalho em equipa de forma coordenada e capaz de delinear/implementar um plano de cuidados de reabilitação baseado nas reais necessidades da pessoa e com a finalidade de atingir o seu máximo potencial. Penso que já iniciei o caminho profissional que defini após esta formação, mas em breve espero espelhar a ideia que me levou a escolher esta especialidade de enfermagem: o EER deve constituir recurso e referência para toda a equipa, não só na área da prestação de cuidados, através da utilização de um vasto leque de métodos e técnicas baseadas em conhecimentos científicos, mas também na área da formação, introduzindo modos de intervenção inovadores.

Bibliografia

- Alarcão, I. (2001). *Escola Reflexiva e Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Aprile, I. e. (2008). *Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke*. Obtido em 07 de Novembro de 2012, de Brain Injury: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6f8857d0-c365-4383-9666-2e022a203661%40sessionmgr112&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d>
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Cardoso, R., & Eusébio, A. (2011). Actividades da Vida Diária - abordagens e praxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. *Cidade Solidária - Revista da SCML*, 25, pp. 30-35.
- Carvalho, I., & Assencio-Ferreira, V. (Abril de 2002). Análise das Habilidades Fonológicas no Envelhecimento Normal e na Doença de Alzheimer. *Revista CEFAC*, pp. 235-240.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida* (2ª edição ed.). Lisboa: Lidel, edições técnicas.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª edição ed.). Lisboa: Lusociência.
- DGS. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2010). *Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- EUSI. (2003). *The European Stroke Initiative – AVC Isquémico, Recomendações 2003*. Heidelberg: EUSI.
- FERRO, J., & PIMENTEL, J. (2006). *NEUROLOGIA, Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Festas, I., Marins, C., & J., L. (2007). Avaliação da compreensão escrita e da leitura de palavras na PAL-PORT. *Revista Educação: Temas e Problemas*, pp. 223-239.
- Freitas, A. A., & Coelho, M. J. (2010). HOMENS ADULTOS HOSPITALIZADOS EM USO DE TRAQUEOSTOMIA E AS MANEIRAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *Anais IV SIPEQ* (pp. 1-6). Rio Claro: Campus Rio Claro.
- Gonçalves, G., Guterres, J., & Novais, S. (Jul-Set de 2010). A vivência da transição numa pessoa laringectomizada.
- Hage, S., & Faiad, L. (Out-Dez de 2005). Perfil de Pacientes com Alteração de Linguagem Atendidos na Clínica de Diagnóstico dos Distúrbios da Comunicação. *Revista CEFAC, Vol.7, núm.4*, pp. 433-440.
- Henderson, V. (1960). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. Nova Iorque: Macmillian Company.
- Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería – Reflexiones 25 anos después*. Madrid: Interamericana.
- Henderson, V. (2004). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lisboa: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação : prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Lafuente, J. G. (1992). *Satisfação dos utentes do HFA face aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Dissertação apresentada no âmbito do 4º CASE da ESEMFR.
- Leal, F. (2001). Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In J. Padilha, A. Cruz, V. Pinto, P. Queirós, F. Henriques, M. Alves, . . . M. Costa, *Enfermagem em Neurologia* (pp. 129-151). Coimbra: Formasau.
- Mackenzie, C. (2011). Dysarthria in stroke_A narrative review of its description and the outcome of intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, pp. 125-136.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Sinais Vitais.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2010). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 13-24.
- Melles, A., & Zago, M. (Janeiro de 2001). A UTILIZAÇÃO DA LOUSA MÁGICA NA COMUNICAÇÃO DO TRAQUEOSTOMIZADO. *Rev. latino-am. enfermagem* , pp. 73-79.
- Menoita, E. a. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.
- Nigolian, C., & Miller, K. (2011). Teaching Essentials Skills to Family Caregivers. *American Journal of Nursing*, nº 11, pp. 52-58.
- OE. (20 de Out de 2010). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- OMS. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral - Um guia para fisioterapeutas e profissionais de prevenção primária de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- OMS. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva.
- OMS. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control 2011*. Obtido em 02 de 05 de 2012, de WHO: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf
- OMS, Organização Mundial de Saúde. (1998). Health promotion glossary. Geneva: WHO.
- Paolucci, S., Matano, A., Bragoni, M., Coiro, P., De Angelis, D., Fusco, F., . . . Bureca, I. (Out de 2005). Rehabilitation of left brain-damaged ischemic stroke patients: the role of comprehension language deficits. A matched comparison. *Cerebrovascular Diseases*, pp. 400-406.
- Pedrosa, C., & Temudo, T. (2004). Perturbações da Fala e da Linguagem. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, pp. 337-341.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M., & Ramos, I. C. (Maio-Jun de 2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial di cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 312-318.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspectivas Teóricas e Práticas*. João Pessoa: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
- Rego, A. (1999). *Comunicação nas Organizações - Teoria e Prática* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rodrigues, C. (Nov de 2008). A Pessoa com AVC, actividades de vida diária alteradas. *Revista NURSING*, pp. 14-19.

- Rosário, E. (2009). *Comunicação e Cuidados de Saúde: Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta.
- Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of Neurology*, 1099-1107.
- Silva, E. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Porto: Dissertação de Mestrado Integrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Stefanelli, M. (2005). Introdução à comunicação terapêutica. In M. Stefanelli, & E. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos de Enfermagem* (pp. 62-72). São Paulo: Manole.
- Toazza, R. (2010). *Avaliação Neurocognitiva em Pacientes Pós Avc: uma Revisão Sistemática da Literatura*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.
- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson, Definição de Enfermagem. In A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 111-125). Loures: Lusociência.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1993). *Pragmática da comunicação humana : um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- White, G. e. (2008). Disfagia: causas, avaliação, tratamento e controlo. *Geriatrics* 24, pp. 52-60.
- Zorowitz, R., Gross, E., & Polinski, D. (2002). The stroke survivor. *Disability and Rehabilitation*, vol 24, pp. 666-679.

Apêndices

Apêndice I:
Factores de risco do AVC

Apêndice II:
Consequências do AVC

Apêndice III:

**Quadro de competências e
actividades a desenvolver**

Apêndice IV:
Jornais de Aprendizagem

Apêndice V:
Quadros de Comunicação

Apêndice VI:
Quadro de leitura

Apêndice VII:
Sessão Formativa

Apêndice VIII:

**Lista de intervenções em
linguagem CIPE**

Apêndice IX:

**Jornal de Aprendizagem -
Serviço de Pneumologia**

